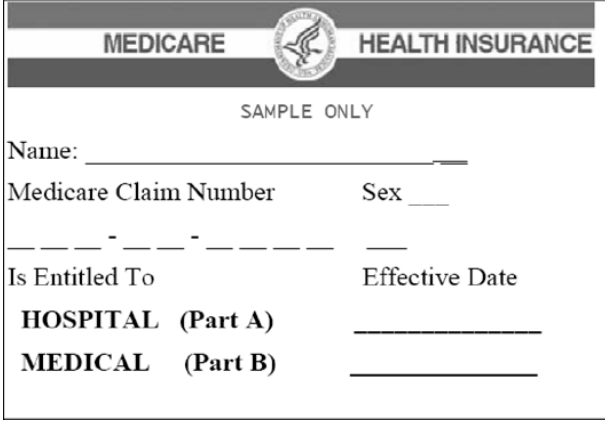


Formulario de Inscripción Individual

**Favor de llamar a University Care Advantage (HMO SNP)
si necesita información en otro idioma o formato (Braille)**

Para inscribirse con University Care Advantage (HMO SNP) por favor proporcione la siguiente información:			
Favor de indicar el condado en el cual desea inscribirse:			
<input type="checkbox"/> Cochise		<input type="checkbox"/> Maricopa	
<input type="checkbox"/> Pima		<input type="checkbox"/> Santa Cruz	
<input type="checkbox"/> Pinal		<input type="checkbox"/> Santa Cruz	
APELLIDO:		NOMBRE: INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:	
		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.	
Fecha de Nacimiento: (____/____/____) (M M / D D / AÑO)		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
		Número de Teléfono en casa: ()	
		Número de Teléfono Alternativo: ()	
Dirección Residencial Permanente (No se permiten apartados postales):			
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Dirección (Únicamente si es diferente a la dirección residencial permanente):			
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código Postal:
Contacto de Emergencia: _____			
Número de Teléfono: _____ Relación o parentesco con usted: _____			
Correo electrónico: _____			
Por favor, proporcione información sobre su seguro de Medicare			
Favor de sacar su tarjeta de Medicare para completar esta sección. <ul style="list-style-type: none"> Favor de llenar las áreas para que correspondan a su tarjeta roja, blanca, y azul de Medicare - O - <ul style="list-style-type: none"> Incluya una copia de su tarjeta de Medicare o una carta del Seguro Social o la de la Junta de Retiro Ferroviario. Usted debe tener las Partes A y B de Medicare para inscribirse en un plan de Medicare Advantage.		 <p style="text-align: center;">SAMPLE ONLY</p> Name: _____ Medicare Claim Number _____ Sex _____ _____ - _____ - _____ - _____ Is Entitled To _____ Effective Date _____ HOSPITAL (Part A) _____ MEDICAL (Part B) _____	
Pago de la Prima del Plan			
Usted puede pagar la prima mensual del plan (incluyendo cualquier multa por inscripción retrasada que tenga o pueda tener) por correo cada mes. Usted puede elegir pagar su prima por deducción automática de su cheque de beneficios del Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés) cada mes.			
Si se determina un ajuste de cantidad mensual relacionado con Ingresos de la Parte D, usted será notificado por la Administración del Seguro Social. Usted será responsable de pagar esta cantidad			

adicional además de su prima del plan. Usted tendrá esta cantidad retenida de su cheque de beneficios del Seguro Social o se le enviará un cobro a través de Medicare o el RRB. NO le pague a University Care Advantage la Parte D – IRMAA.

Personas con ingresos limitados pueden calificar para obtener ayuda adicional para pagar sus costos de recetas médicas. Si es elegible, Medicare podría pagar un 75% o más de sus costos de medicamentos incluyendo primas mensuales de medicamentos recetados, deducibles anuales y coseguros. Además, aquellos que califican no estarán sujetos a la falta de cobertura o una multa por retraso de inscripción. Muchas personas son elegibles para estos ahorros y no lo saben. Para obtener más información acerca de esta ayuda adicional, póngase en contacto con su oficina local del Seguro Social, o llame al Seguro Social al 1-800-772-1213. Usuarios TTY deben llamar al 1-800-325-0778. También puede aplicar para obtener ayuda adicional por Internet en www.socialsecurity.gov/prescriptionhelp.

Si usted califica para obtener ayuda adicional con los costos de cobertura de recetas médicas de Medicare, Medicare pagará toda o parte de la prima de su plan. Si Medicare solo paga una porción de esta prima, se le cobrará por la cantidad que no cubra Medicare.

Si usted no selecciona una opción de pago, usted recibirá un cobro cada mes.

Favor de seleccionar una opción de pago de prima:

- ¿Recibir un cobro?
- Deducción automática de su cheque de beneficios mensual del Seguro Social o Junta de Retiro Ferroviario (RRB, por sus siglas en inglés) La deducción del Seguro Social/RRB puede tomarse dos o más meses para comenzar después de que el Seguro Social y el RRB aprueban su petición para la deducción, la primera deducción de su cheque de beneficios del Seguro Social o RRB va a incluir el pago de todas las primas que se deban a partir de la fecha de inscripción hasta la fecha en que comience de la primera deducción. Si el Seguro Social o el RRB no aprueban su petición para una deducción automática, nosotros le enviaremos un cobro impreso por sus primas mensuales.)

Favor de leer y responder a las siguientes preguntas importantes:

1. ¿Tiene usted Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD)? Sí No

Si usted ha tenido un trasplante del riñón con éxito y /o ya no necesita diálisis regularmente, favor de **incluir una nota o evidencia** de parte de su médico indicando que usted ya no necesita diálisis o ha obtenido un trasplante exitoso del riñón, de otra manera tendremos que contactarlo para obtener información adicional.

2. Algunos individuos pueden tener otra cobertura para sus medicamentos, incluyendo seguro privado, TRICARE, cobertura de salud como beneficio de empleados Federales, beneficios para Veteranos, o programas de asistencia farmacéutica del Estado.

¿Tiene otra cobertura de medicamentos además de University Care Advantage? Sí No

Si respondió que “Sí”, favor de poner en lista su otra cobertura y su número(s) de identificación (ID):

Nombre de otra cobertura: Núm. ID para esta cobertura: Núm. de grupo para esta cobertura

3. ¿Es residente de un centro de atención médica a largo plazo, tal como un centro de convalecencia?

Sí No

Si respondió que “Sí” a esta pregunta, proporcione la siguiente información:

Nombre de la Institución: _____

Dirección y Número de Teléfono de la Institución (número y nombre de calle): _____

4. ¿Está inscrito en el programa de Medicaid estatal? Sí No

Si respondió que "Sí", favor de proporcionar su número de Medicaid: _____

5. ¿Trabajan usted o su cónyuge? Sí No

6. ¿Tiene derecho a recibir Medicare Parte A? Sí No

¿Está inscrito en Medicare Parte B? Sí No

¿Vive en el área de servicio? Sí No

7. Favor de elegir el nombre de un Doctor General (PCP), clínica o centro de salud:

8. Marque una de la casillas a continuación si usted prefiere que le enviemos información en otro idioma además del inglés o en otro formato:

Español Otro Idioma _____ Braille _____

Póngase en contacto con University Care Advantage al (877) 874-3930 si necesita información en otro formato o idioma de lo que esta en lista arriba. Nuestros horarios de oficina son el domingo, lunes, martes, miércoles, jueves, viernes, y sábado de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.. Usuarios TTY/TDD deben llamar al (800) 367-8939.



Favor de leer esta información importante

Si actualmente tiene cobertura de salud patrocinada por un empleador o sindicato, inscribirse con University Care Advantage podría afectar sus beneficios con ese empleador o sindicato. Si se inscribe con University Care Advantage podría perder su cobertura de salud con su empleador o sindicato. Favor de leer los comunicados que le envía su empleador o sindicato. Si tiene preguntas, consulte su sitio Web, o llame a la oficina que aparece en los comunicados. Si no hay información con quien debe comunicarse, su administrador de beneficios o la oficina que responde a sus preguntas acerca de su cobertura puede ayudarle.

Favor de Leer y Firmar Abajo

Al completar esta solicitud de inscripción, acuerdo lo siguiente:

University Care Advantage es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno Federal. Necesitaré mantener las Partes A y B de Medicare. Sólo puedo estar inscrito en un plan de Medicare Advantage a la vez, y comprendo que mi inscripción en este plan automáticamente me dará de baja en cualquier otro plan de salud de Medicare o plan de medicamentos recetados. Es mi responsabilidad informarle de cualquier cobertura de medicamentos recetados que tenga o pueda obtener en el futuro. La inscripción en este plan es generalmente por un año completo. Una vez inscrito, sólo puedo dejar este plan o hacer cambios durante ciertas épocas del año cuando el período de inscripción está disponible (Por ejemplo: 15 de octubre – 7 de diciembre de cada año), o en ciertas circunstancias especiales*.

***Nota:** Miembros que tienen Elegibilidad Dual (Medicare y Medicaid), pueden realizar cambios durante el período especial de inscripción (SEP) que ocurre cada mes.

University Care Advantage sirve un área de servicio específico. Si me mudo fuera del área que sirve University

Care Advantage, debo notificar al plan para darme de baja y inscribirme en mi nueva área. Una vez que sea miembro de University Care Advantage, tengo el derecho de apelar cualquier decisión del plan con respecto a pagos o servicio si no estoy de acuerdo. Voy a leer el documento Evidencia de Cobertura de University Care Advantage cuando lo reciba para saber que reglas debo seguir para recibir cobertura bajo este plan de Medicare Advantage. Comprendo que los beneficiarios de Medicare generalmente no están bajo cobertura por Medicare mientras están fuera del país excepto bajo cobertura limitada cerca de la frontera con los Estados Unidos.

Comprendo que a partir de la fecha de inicio de cobertura de University Care Advantage, debo obtener toda mi atención médica de University Care Advantage, excepto en casos de emergencia, urgencias o servicios de diálisis fuera del área de servicio.

Servicios autorizados por University Care Advantage y otros servicios contenidos en mi documento de Evidencia de Cobertura (también conocido como el contrato de membresía o acuerdo de inscripción) serán cubiertos. Sin autorización, **NI MEDICARE NI UNIVERSITY CARE ADVANTAGE PAGARÁN POR LOS SERVICIOS.**

Comprendo que si estoy recibiendo asistencia de parte de un agente de ventas, intermediario autorizado, u otro individuo empleado por o bajo contrato con University Care Advantage, él o ella puede ser compensado basado en mi inscripción en University Care Advantage.

Divulgación de Información: Al inscribirme en este plan de salud de Medicare, reconozco que University Care Advantage divulgará mi información con Medicare y otros planes cuando sea necesario para el propósito de tratamientos, pagos, y operaciones del cuidado de salud. También reconozco que University Care Advantage divulgará mi información incluyendo mis datos de medicamentos recetados a Medicare, quien puede divulgarla para efectuar investigaciones y otros propósitos que cumplen con todos los estatutos y reglamentos federales aplicables. La información en este formulario de inscripción está correcta a lo mejor de mi entendimiento. Comprendo que si he proporcionado información falsa intencionalmente, seré dado de baja del plan.

Comprendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada actuar en mi representación bajo las leyes del Estado en donde vivo) en esta solicitud indica que he leído y comprendo el contenido de la aplicación. Si ha firmado un individuo autorizado (descrito anteriormente), esta firma certifica que 1) esta persona está autorizada bajo las leyes Estatales para completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autoridad está disponible al ser solicitada a Medicare.

Firma:

Fecha de Hoy:

Si usted es el representante autorizado, debe firmar arriba y proveer la siguiente información:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: (____) ____ - _____

Relación al Ingresado _____

Para uso de oficina únicamente:

Name of staff member/agent/broker (if assisted in enrollment): _____

Plan ID #: _____

Effective Date of Coverage: _____

ICEP/IEP: _____ AEP: _____ SEP (type): _____ Not Eligible: _____

Name of Enrollment Specialist: _____

Nombre de Agente/Intermediario: _____

Número de ID de Agente/Intermediario #: _____